



Artículo Original

**Alternativa terapéutica para pacientes fumadores que padecen de
insomnio primario**

**Therapeutic Alternative for Smoking Patients Suffering from Primary
Insomnia**

Marién Massiel Guerra Guerra^a  

a. Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencia Médicas Manuel Fajardo. La Habana, Cuba

Recibido: 20/07/2018

Aceptado: 13/12/2018

Resumen

Introducción: El tabaquismo es la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura. Actualmente se reconoce como factor de riesgo de múltiples afecciones, sin embargo, se recogen en la literatura científica pocos estudios que demuestran su incidencia en los trastornos del sueño.

Objetivo: Evaluar la aplicación de una alternativa de intervención terapéutica basada en la combinación del tratamiento de cesación tabáquica y terapia cognitivo conductual.

Método: Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva, basada en la evaluación de una alternativa de intervención terapéutica, que fue resultado de la combinación de un tratamiento de cesación tabáquica con terapia cognitivo conductual para pacientes fumadores afectados con insomnio primario, los cuales ya habían tenido tratamiento farmacológico y mantenían persistencia del trastorno.

Resultados: Después de la intervención terapéutica combinada el 94,59 % de los sujetos estudiados mejoró la calidad del sueño. El 83,78 % logró la abstinencia tabáquica y el 10,81 % mantuvo una

dependencia física baja a la nicotina. Se encontró, además, una correlación positiva entre las variables abstinencia tabáquica y buenos dormidores. Con la aplicación del tratamiento propuesto el 94,54 % de los pacientes resultaron muy satisfechos.

Conclusión: La alternativa terapéutica implementada contribuye a la mejoría clínica de ambas condiciones de salud al unísono. Asimismo, tiene como valor agregado la alta durabilidad de sus beneficios y que no posee efectos secundarios.

Palabras clave: *Calidad del sueño; insomnio; dependencia; nicotina; abstinencia tabáquica.*

Abstract

Introduction: Smoking is the main preventable cause of disease, disability and premature death. It is currently recognized as a risk factor for multiple conditions, however, few studies are collected in the scientific literature that demonstrate its incidence in sleep disorders.

Objective: Assess the application of an alternative therapeutic intervention based on the combination of smoking cessation treatment and cognitive behavioral therapy.

Method: A prospective, descriptive research was carried out, based on the assessment of an alternative therapeutic intervention, which was the result of the combination of a smoking cessation treatment with cognitive behavioral therapy for smoking patients affected with primary insomnia, who had already had pharmacological treatment and maintained persistence of the disorder.

Results: After the combined therapeutic intervention, 94.59% of the subjects studied improved their sleep quality. 83.78% achieved tobacco abstinence and 10.81% maintained a low physical dependence on nicotine. Furthermore, a positive correlation was found between the variables smoking abstinence and good sleepers. With the application of the treatment, 94.54% of patients were very satisfied.

Conclusions: The implemented therapeutic alternative contributes to the clinical improvement of both health conditions in unison. Likewise, its added value is the high durability of its benefits and that it has no side effects.

Keywords: *Sleep quality, insomnia, dependence, nicotine, smoking abstinence.*



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como fumador a todo individuo que fume al menos un cigarrillo diario durante un último mes y considera al tabaquismo como la principal causa prevenible de enfermedad y discapacidad.⁽¹⁾ Además, esta organización, después de tener en cuenta el potencial de los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, su impacto global, la posibilidad de ser modificados y la alta probabilidad de asociación causal del tabaco con otras enfermedades, ha declarado que el tabaquismo se encuentra entre las principales causas de mortalidad en el mundo, y lo considera el responsable del 9 % de las muertes totales.⁽¹⁾ Asimismo, se ha estimado que la población de fumadores es de un billón de personas y que en el año 2025 aumentará hasta casi dos billones. Señalando que cada día mueren en el mundo cerca de 14 000 personas, aproximadamente seis millones al año, por alguna de las múltiples enfermedades asociadas al uso directo de los productos del tabaco, así como 6000 personas por la exposición al humo de tabaco ajeno.⁽¹⁾

Los países en vías de desarrollo consumen más del 70 % del tabaco mundial. Los fumadores de largo plazo tienen un 50 % de probabilidades de morir como consecuencia de enfermedades relacionadas con el tabaco. Se estima que un fumador pierde al menos 20 años de esperanza de vida normal, el 48 % en el caso de los hombres y el 7 % en las mujeres. En América Latina y el Caribe existen más de 100 millones de fumadores, lo que representa más del 30 % de la población adulta y se pierden 150 000 vidas anualmente como consecuencia del tabaquismo.⁽²⁾

En Cuba la situación del tabaquismo es polémica, puesto que el hecho de ser un país productor trae aparejado un consumo culturalmente aceptado, lo cual contrasta con la visión preventiva de las políticas de salud. La aparición de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con el tabaquismo representa una afectación del 32 % de la población cubana de manera activa.⁽³⁾

No obstante, existen resultados científicos que demuestran la efectividad de las intervenciones preventivas y para el tratamiento del tabaquismo. Cuba cuenta hoy con herramientas que pueden contribuir a lograr su control. En el país se consolida la vigilancia del consumo de tabaco como componente cardinal del Programa de Prevención y Control (actualizado en el año 2010), a la que han contribuido a escala de país la I y II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, conducidas por el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología y la Organización Nacional de Estadística, las cuales muestran una reducción del



tabaquismo activo global y por sexo en la población adulta: 36,8 % y 32,0 % en los años 1995 y 2001, respectivamente.

En Cuba existe la voluntad de evitar en buena medida el consumo de tabaco, para evitar las complicaciones más conocidas relacionadas con esta problemática de salud, que no se circunscriben solamente a las entidades referidas anteriormente. En la práctica profesional se aprecia un incremento de los trastornos del sueño asociados al consumo de nicotina y esto afecta la calidad de vida de los individuos. A pesar de ello, se recogen pocos estudios en la literatura científica relacionando solamente la dependencia a la nicotina con los trastornos del sueño. En la ocurrencia de trastornos del sueño varios autores⁽⁴⁾ encuentran una incidencia del 20 % de algunas formas de alteración del sueño en una población presuntamente normal y plantean que un tercio de los norteamericanos adultos experimentan algún tipo de trastorno del sueño alguna vez en la vida. Existen más de 70 tipos de estos trastornos y se pueden tratar satisfactoriamente muchos de ellos, una vez se hayan diagnosticado.⁽⁴⁾ El origen de estos trastornos del sueño puede estar relacionado con enfermedades o alteraciones ocasionadas por el tabaco. Fumar, por ejemplo, ha sido asociado a los ronquidos y a la apnea del sueño (detención de la respiración cuando se duerme), además, en mujeres fumadoras el ronquido es 17 veces más frecuente que en aquellas no fumadoras. Mientras que solo una de cada cinco personas no fumadoras ronca, prácticamente la mitad de quienes fuman lo hacen habitualmente. El hecho de fumar, combinando múltiples factores como son el efecto estimulante de la nicotina, la sensación de abstinencia que se produce durante el descanso nocturno, la tensión arterial elevada y un pulso acelerado (típicos de la persona fumadora), así como su mayor tendencia a tomar excitantes como el café,⁽⁵⁾ puede estar relacionado con la causa de trastornos del sueño.

Las personas fumadoras tienen mayores problemas de insomnio que las no fumadoras. Presentan más dificultades para conciliar el sueño y experimentan más alteraciones durante el mismo, lo que las lleva a dormir peor y descansar menos.⁽⁶⁾ Un estudio realizado, avala la asociación del consumo de nicotina con mala calidad del sueño, y fue el desarrollado en estudiantes universitarios españoles, en el que se intentó verificar el efecto de algunas sustancias sobre la calidad del sueño. Los resultados de esa investigación arrojaron que el uso de sustancias estimulantes, como cafeína, nicotina, té o mate, ejercían un efecto negativo en la calidad del sueño.⁽⁷⁾

Resulta necesaria la realización de la presente investigación porque, hasta el momento de su realización, se ha obviado esta problemática de salud como causante de una pobre calidad de vida de los seres humanos inmersos en la epidemia del siglo. Muchas personas solicitan atención médica por disímiles situaciones



de salud, entre las cuales la dificultad para dormir es otro síntoma, sin que constituya el motivo principal de consulta. El personal médico no realiza una buena anamnesis al respecto y, como un síntoma más, es tratado con terapia farmacológica sin realizar una serie de intervenciones y recomendaciones que, por sí solas, pueden mejorar o curar esta molestia antes que se complique o cronifique.

En los últimos años en el Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) del municipio Boyeros se ha observado un aumento de casos atendidos cuyo motivo de consulta es el insomnio. Por ejemplo, en el periodo enero-octubre 2014 en dicha institución fueron atendidos 2031 pacientes en consulta de salud mental por diferentes causas, de los cuales, 171 fueron diagnosticados con insomnio primario, lo que representa el 8,4 % del total de casos; más del 50 % eran fumadores.

Métodos

Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva, basada en la evaluación de una alternativa de intervención terapéutica, que fue resultado de la combinación de un tratamiento de cesación tabáquica con terapia cognitivo conductual para pacientes fumadores afectados con insomnio primario, lo que ya que habían tenido tratamiento farmacológico y mantenían persistencia del trastorno. El estudio se realizó en el Centro Comunitario de Salud Mental del municipio Boyeros, en el periodo noviembre de 2014 a marzo de 2015.

La muestra de estudio estuvo conformada por un total de 37 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión establecidos.

Participaron en la investigación aquellos pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Todas las personas fumadoras que acudieron al CCSM del municipio de Boyeros por trastornos de sueño, insomnio primario, en el periodo noviembre de 2014 a marzo de 2015.
2. Pacientes con más de un mes con tratamiento farmacológico por prescripción médica o automedicación, aquejados de la persistencia del trastorno.
3. Que aceptaron participar en la investigación.

Fueron excluidos quienes tuvieran entidades orgánicas o psiquiátricas que fueran posible causa de insomnio, diagnosticadas según criterios de DSM-IV.

El estudio contó de tres momentos investigativos:



1. Se realizó una evaluación exhaustiva a cada sujeto participante con el fin de lograr una caracterización desde el punto de vista clínico y sociobiológico.
2. Aplicación de la propuesta terapéutica grupal que consistió en la combinación en una misma sesión de trabajo de un tratamiento de cesación tabáquica con terapia cognitivo conductual para el insomnio.
3. Evaluación de los pacientes desde el punto de vista clínico a los dos meses de terminada la intervención terapéutica. Este momento tuvo la intención, además, de conocer la pertinencia de la aplicación de la propuesta de intervención en este tipo de pacientes, así como el nivel de satisfacción con el tratamiento recibido.

Para la caracterización sociobiológica de cada paciente del universo de estudio se le aplicó un cuestionario de datos confeccionado por la autora para esta investigación (Anexo).

La caracterización clínica se realizó utilizando las siguientes técnicas e instrumentos:

- *Entrevista y examen psiquiátrico*: consistente en una exhaustiva exploración sistemática de la personalidad y del fenómeno psíquico durante la entrevista y la observación, orientado a recoger síntomas y signos de entidades psiquiátricas.⁽⁸⁾ El resultado se evaluó según la presencia o no de patología psiquiátrica y diagnóstico de insomnio primario, según criterio de DSM IV.⁽⁹⁾
- *Cuestionario de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)*, autoadministrado: consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente. El cuestionario analiza los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño agrupados en 7 componentes: calidad, latencia, duración, eficiencia, alteraciones, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa en una escala de 0-3. De la suma de los siete componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila entre 0-21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). El resultado final de la prueba permite clasificar a los pacientes en buenos o malos dormidores.
- *Cuestionario para evaluación del nivel de dependencia física a la nicotina (Fagerstrom)*:⁽¹⁰⁾ se trata de un cuestionario auto administrado de seis ítems, que analiza la cantidad de cigarrillos consumidos por el paciente, la compulsión por fumar y la dependencia a la nicotina. Los ítems se contestan de dos modos diferentes: cuatro de ellos son de respuesta dicotómica (sí o no) y los otros dos se responden según una escala tipo *likert* de cuatro puntos (0-3). La puntuación total se

obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem y oscila de 0-10 puntos. Clasifica la dependencia en tres niveles: baja de 0-3 puntos, moderada de 4-7 puntos, alta de 8-10 puntos.

- *Cuestionario para evaluación del nivel de dependencia psicológica a la nicotina (Glover- Nilsson):*⁽¹¹⁾ consta de 11 ítems que clasifican la dependencia psicológica en cuatro niveles: baja de 0-11 puntos, moderada de 12-22, alta de 23-33 y muy alta de 34-44 puntos. Según el test de Glover- Nilsson, las preguntas 1, 4 y 5 miden dependencia psicológica, la pregunta 11 mide dependencia social y las preguntas 2, 3, 6 y 10 miden dependencia gestual.

El PSQI y el cuestionario Fagerstrom se aplicaron a los pacientes en dos momentos del estudio, antes de comenzar la aplicación de la alternativa terapéutica y dos meses después de concluida. El primero se aplicó al universo investigativo y el segundo a los que mantuvieron el consumo de cigarrillos, con el fin de valorar los cambios en los indicadores de calidad del sueño y dependencia física a la nicotina.

Se realizó un procedimiento resumen para la evaluación del nivel de satisfacción alcanzado con el tratamiento recibido.

Procesamiento y análisis de los datos

Con el volumen de información procedente de los instrumentos aplicados se conformó una base de datos en el programa Excel mediante la hoja de cálculo creada al efecto. Para el análisis de los datos se elaboraron tablas y gráficos. Se utilizaron variables de estadística descriptiva: cálculo de medidas de tendencia central (porcentajes, media) y dispersión (desviación estándar).

Aspectos éticos

Se solicitó la colaboración y autorización correspondiente a la Dirección del Centro Comunitario de Salud Mental del municipio Boyeros.

Se pusieron en práctica los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación sujetos a los principios básicos promulgados en la *Declaración de Helsinki*.

Se informó a los pacientes acerca del tema y los objetivos de la investigación y se les pidió su colaboración, luego de lo cual se les solicitó el consentimiento informado. En todo momento se permitió que decidieran su participación, previa explicación de sus beneficios y la posibilidad de retirarse del estudio en el momento que quisieran si así lo deseaban, sin que esto tuviera consecuencias negativas para ellos.



Resultados y Discusión

La edad promedio fue de 51,6 años con una desviación estándar de 9,9 años. El grupo de edad con mayor representación fue 53-59 años (32,43 %), seguido del grupo 39-45 (24,32 %). Los pacientes con 60 años y más representaron el 21,62 %, no hubo personas en el rango de 18-24 años.

De manera general, predominó el grupo de adultos con edades entre 53 y 59 años, fumadores consuetudinarios con síntomas clínicos asociados, como el insomnio. No hubo pacientes que pertenecieran al rango de edades 18-24 años, a pesar del hecho de que está demostrado que el comienzo del consumo es cada vez más prematuro.⁽¹²⁾ Tal vez, la baja percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco en edades tempranas y la ausencia de quejas con respecto a trastornos de sueño en dichas etapas están relacionados con el consumo.

Predominó el sexo masculino (54,05 %), resultado similar reportado en Cuba en el 2014 en estudio realizado en la Universidad de Ciencias Médicas Dr. Salvador Allende con estudiantes de dicha facultad, donde el 58 % correspondió a fumadores del sexo masculino.⁽¹³⁾

Predominaron los trabajadores (51,35 %) y las amas de casa (13,51 %), seguido de los desvinculados (10,8 %), resultados que no coinciden con los encontrados en la Encuesta Andaluza de Salud (EASP 2003-2007),⁽¹⁴⁾ donde se plantea que la población desempleada fuma más que el resto, tanto mujeres como hombres. Se considera que los resultados están relacionados con las consecuencias negativas que provoca el insomnio en el desempeño laboral por lo que son los trabajadores los que más asisten buscando ayuda para esta problemática de salud. Cabe destacar además que en el país no se reportan altos índices de desempleo por el sistema socioeconómico imperante, por lo que la población vinculada laboralmente es superior a la que no lo está.

En cuanto a la escolaridad se registró un solo caso de instrucción primaria, los porcentajes más elevados fueron el nivel secundario y preuniversitario con 40,54 % y 37,83 % respectivamente, que coincide con los resultados reportados por la III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles.⁽¹⁵⁾

El 100 % de los pacientes cumplieron los criterios de insomnio primario según el DSM-IV.



La tabla 1 resume la dependencia física a la nicotina, la que tenía valores muy significativos. No se reportaron casos de dependencia baja, pues todos los pacientes estaban clasificados entre moderados y graves.

Tabla 1 - Pacientes fumadores con insomnio primario, según Dependencia Física a la nicotina, antes de la intervención. CCSM Boyeros, 2014

Dependencia física	n.º	Porcentaje
Baja	0	0
Moderada	17	45,94
Alta	20	54,05
Total	37	100

Fuente: test de Fagerstrom.

Estos resultados difieren de un estudio realizado en una comunidad estudiantil española. Utilizando test de Fagerstrom para evaluar el nivel de dependencia a la nicotina, se encontró que el 83,3 % de los fumadores eran poco dependientes^(6,2) lo cual estuvo en relación con el número de cigarrillos consumidos por día (4-5), sin embargo, en el presente estudio el mayor porcentaje fue de (11-20).

Todos los pacientes mostraron dependencia psicológica en el momento previo a la intervención, la que fue calificada (según el test de Glover-Nilsson) como moderada (89,18 %) y alta (10,81 %), en contraste con el valor de la dependencia psicológica *per se* (57,1 %), según, “*el hábito de fumar es muy importante para mí, juego con el cigarrillo en lugares que prohíben fumar, circunstancias que incitan el consumo*” (pregunta del instrumento), más que las referidas a dependencia social y gestual. El bajo porcentaje encontrado con dependencia alta en esa investigación contrasta con lo reportado por otros autores^(6,5) pues en su estudio se encontró, por medio del cuestionario de Glover Nilsson, que la mayoría de los encuestados (45 %) presentaba una dependencia conductual severa al tabaco.

Tabla 2 - Pacientes fumadores con insomnio primario, según Dependencia Psicológica a la nicotina, antes de la intervención. CCSM Boyeros, 2014.

Dependencia psicológica	n.º	Porcentaje
Baja	0	0
Moderada	33	89,18



Alta	4	10,81
Muy alta	0	0
Total	37	100

Fuente: Test de Glover Nilsson.

Otro elemento para la caracterización clínica de los pacientes fue el relacionado con la calidad del sueño (Tabla 3).

Tabla 3 - Pacientes fumadores con insomnio primario según componentes de la calidad del sueño, antes de la intervención. CCSM Boyeros, 2014

Factores determinantes de la calidad del sueño	Promedio	Desviación estándar
Calidad de sueño subjetiva	2,5	0,8
Latencia del sueño	2,9	1,1
Duración del sueño	2,3	0,9
Eficiencia del sueño	2,6	1,0
Alteraciones del sueño	2,8	0,9
Uso de medicamentos para dormir	2,7	1,2
Disfunción diurna	2,5	0,9

N = 37.

Si analizamos la evaluación de la calidad del sueño, teniendo en cuenta que dicha puntuación oscila entre 0 (ausencia de trastorno) y 3 (presencia de trastorno), se aprecia que los sujetos evaluados superan el valor medio (1.5) en todos ellos antes de la intervención; siendo la latencia del sueño las más afectada pues el 50 % reportó que demoraban entre 31 y 60 minutos en conciliar el sueño y el 31 % tardaba más de una hora. Este componente es el responsable de que el 60 % de los encuestados defina la calidad subjetiva del sueño como “bastante mala”.

Estudio realizado en estudiantes universitarios de la Universidad de Granada, España, sobre calidad del sueño, reportan que el 60.33 % de la muestra supera la puntuación de cinco, por lo que estos sujetos pueden ser definidos como malos dormidores,⁽¹⁶⁾ coincidiendo ambos estudios con el componente más afectado, sin embargo, los referidos autores encontraron que el segundo componente más afectado fue la *disfunción diurna*.

En esta investigación fue el componente *alteraciones del sueño*, al referir “*sueño alterado a consecuencia de*” despertares frecuentes, más de tres veces por semana, que aprovechan para consumir, tomando en cuenta que los fumadores tienen un sueño ligero y menos sueño REM y suelen despertarse a las 3 o 4

horas por la abstinencia de la nicotina, situaciones que se potencian y hacen difícil el enfrentamiento a este problema de salud.

De igual forma estos resultados coinciden con reporte de estudio en la ciudad de San Pablo⁽¹⁷⁾ que reveló un incremento significativo durante 20 años (1987-2007) en cuanto a la prevalencia de dificultad para mantener el sueño (16 a 37 %).

En estudio realizado sobre calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana, se reporta que el 30 % tuvo eficiencia subjetiva del sueño menor a 85 %⁽¹⁸⁾ (porcentaje del tiempo en horas dormido/horas en cama) lo cual se recogió en la presente investigación con similares resultados.

Después de intervención terapéutica, ofrecemos los resultados más relevantes (Tabla 4).

Tabla 4 - Pacientes fumadores con insomnio primario, según Dependencia Física, después de la intervención terapéutica. CCSM Boyeros, 2014

Escala	Dependencia física	
	n.º	Porcentaje
Baja	4	10,81
Moderada	2	5,40
Alta	0	0
Total	6	-

Fuente: Test de Fagerstrom.

Después de la intervención, y una vez iniciado el abandono, el 16,2 % (test de Fagerstrom) de los pacientes mantuvieron algún tipo de dependencia física. De ellos, solamente cuatro pacientes (10,81 %) clasificaron con dependencia baja y dos (5,40 %) mostraron una dependencia moderada.

El uso de alternativas terapéuticas de deshabituación tabáquica, similares a las utilizadas durante esta investigación, se han empleado en el país con resultados que coinciden con el presente trabajo como los reportados en trabajo presentado en Psico Habana 2014, donde encontraron que después de culminado el tratamiento, el 91.81 % de los intervenidos dejó el consumo.⁽¹⁹⁾

Así mismo, cambió también la clasificación de la calidad del sueño, Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh (test de ICSP), pues el 94,59 % (35) pasaron a ser buenos dormidores y solo dos (5,40 %) clasificaron como malos dormidores.

Tabla 5 - Pacientes fumadores con insomnio primario, según componentes de la calidad de sueño, después de la Intervención terapéutica. CCSM Boyeros, 2014

Componentes de la calidad del sueño	Promedio	Desviación estándar
Calidad de sueño subjetiva	0,2	0,01
Latencia del sueño	0,2	0,01
Duración del sueño	1,0	0,04
Eficiencia del sueño	0,6	0,03
Alteraciones del sueño	1,0	0,05
Uso de medicamentos para dormir	0,1	0,01
Disfunción diurna	0,6	0,03

N = 37.
 Fuente: ICSP.

Si se comparan los resultados ofrecidos en tabla 3, en la que todos los valores superaban 1,5 antes de la intervención, después de la intervención los promedios disminuyeron considerablemente. La latencia del sueño, componente más afectado entonces, disminuyó considerablemente. La latencia del sueño, componente más afectado entonces, disminuyó al reportar la mayoría que demoraban en conciliar el sueño menos de 30 minutos.

En los componentes “*alteraciones del sueño y duración del dormir*” la media llegó a uno, lo cual estuvo vinculado a los pacientes que mantuvieron el consumo y por ende despertares para fumar, ya que lógicamente a mayor número de despertares menor cantidad de horas dormidas. En este momento el 80 % de los encuestados definió la calidad del sueño como “bastante buena”.

Esta información señala los resultados positivos de las técnicas conductuales en el manejo del insomnio, intervenciones que actúan en el medio ambiental, sobre los hábitos y permiten cambios significativos y permanentes.

Tabla 6 - Pacientes fumadores con insomnio primario, según Calidad de sueño, después de la Intervención terapéutica. CCSM Boyeros, 2014

Calidad del sueño	N.º	Porcentaje
Buenos dormidores	35	94,59
Malos dormidores	2	5,40
Total	37	100

Fuente: test de ICSP.



Después de la Intervención la clasificación de la calidad del sueño cambió de forma radical, pues el 94,59 % pasaron a ser buenos dormidores y sólo dos clasificaron como malos dormidores.

Resultados similares se encontraron en estudio realizado en pacientes con insomnio primario en el Hospital Psiquiátrico Provincial y la Clínica de Medicina Natural y Tradicional del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey⁽²⁰⁾ en los que se utilizaron tratamientos no farmacológicos y se reportó que el 58 % mejoró su calidad del sueño al lograr dormir al menos 8 horas con sensación de sueño reparador.

De igual forma en un estudio realizado en Japón, en la Escuela de Graduados de Ciencias Médicas de la Universidad de la Ciudad de Nagoya, los resultados según ICSP reportaron una mejoría significativa en la calidad del sueño, a las cuatro y ocho semanas de la aplicación de la terapia conductual.⁽²¹⁾

Tabla 7 - Pacientes según calidad de sueño y consumo de tabaco, después de la intervención terapéutica

Evaluación del consumo	Buenos dormidores		Malos dormidores		Total
	n.º	%	n.º	%	
Abstinencia tabáquica	31	83,78	0	0	31
Dependencia física de leve a moderada	4	10,81	2	5,40	6
Total	35	94,59	2	5,40	37

La mejoría del sueño se obtiene de forma evidente tras cortar con el cigarrillo, aunque durante los primeros días, y a consecuencia del síndrome de abstinencia (que desaparece al poco tiempo de dejarlo), es habitual que estos trastornos sean aún más pronunciados durante un corto espacio de tiempo. El criterio de calidad del sueño en las personas, es por lo general subjetivo, de manera tal que éste estará dado por la coincidencia del desarrollo normal del sueño con la aparición subjetiva de la sensación de satisfacción que este trae y que en este momento se vería sabotado por los síntomas de abstinencia por lo que se tuvo en cuenta este particular para aplicar nuevamente los instrumentos después de un término de dos meses.

Tras la intervención, el 83,78 % de los pacientes logró la abstinencia y el 10,81 % disminuyó el consumo, de manera tal que el porcentaje de buenos dormidores ascendió a 94,59 % . Solamente dos pacientes mantuvieron el consumo en el mismo nivel y coincidieron con la categoría de malos dormidores.

Estos últimos alegaron que fumar un cigarrillo “les relaja”. Es sabido que cantidades bajas de nicotina en la sangre pueden provocar una sedación leve, en cambio el efecto de grandes cantidades de este

estimulante, como el reportado por estos pacientes, provoca una activación fisiológica debido a que la nicotina incrementa la presión sanguínea y estimula el cerebro y fue el factor determinante de la condición de malos dormidores.

De igual forma en estudio realizado sobre Tratamiento del síndrome de abstinencia en pacientes que acudieron a cesación tabáquica en el Policlínico Docente Universitario de Morón,⁽²²⁾ se reportó que a los veintiún días después de la intervención, del total que asistieron a la consulta, el insomnio, síntoma frecuente en estos pacientes, desapareció totalmente.

Salvo lo referido anteriormente, en la literatura revisada a la que se tuvo acceso, no se encontraron estudios que hagan referencia a la comparación de los parámetros estudiados en poblaciones semejantes a las del estudio, es decir, el insomnio asociado solamente al consumo de nicotina.

Tabla 8 - Pacientes según nivel de satisfacción con el tratamiento y mejoría clínica

Nivel satisfacción con el tratamiento	Mejoría clínica						Total	
	Curado		Mejorado		Sin cambios		n.º	%
	n.º	%	n.º	%	n.º	%		
Muy satisfecho	31		4		0		35	94,54
Medianamente satisfecho	0		0		2		2	5,40
Insatisfecho	0		0		0		0	0
Total	31		4		2		37	100

Fuente. Encuesta de satisfacción.

El 94,54 % de los pacientes resultaron muy satisfechos con el tratamiento recibido. Hubo dos pacientes, un hombre y una mujer, que se consideraron medianamente satisfechos. La intervención tuvo una buena acogida resultando curados la mayoría de los pacientes, además incrementó los conocimientos de los participantes en relación a estos problemas de salud y demostró la efectividad de técnicas (no farmacológicas) en las que es notable reconocer la ausencia de adicción o efectos secundarios en el tratamiento utilizado para el insomnio.

Referencias bibliográficas

1. Infomed. Insta OMS a prohibir publicidad y promoción del tabaco. Boletín al día. 2014 [acceso: 25/02/2017]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu-aldia-2014/06/01>



2. Organización Mundial de Salud. El atlas: los recursos de la salud mental en el mundo. Ginebra: OMS; 2010.
3. Martínez Hurtado M. Espacios sin humo. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2011.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Unhealthy sleep-related behaviors-12 States, 2009. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2011;60:233-8.
5. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA.* 2002;287:955.
6. Gutiérrez Rodríguez JJ, Alfaro Beracochea L. Falta de sueño adecuado provoca estrés y baja productividad. *Boletín al día.* 2011 [acceso: 25/02/2017]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2011/01/30>
7. Báez GF, Flores NN, González TP, Horrisberger HS. Calidad del sueño en estudiantes de medicina. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina.* 2005;141:14-7.
8. González MR. *Clínica Psiquiátrica Básica Actual.* La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV.* 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
10. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, *et al.* The Fagerstrom Test of Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction.* 1991;86:1119-27.
11. Glover ED, Nilsson F, Westin A, Glover PN, Laflin MN, Persson B. Developmental history of The Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. *Am J Helath Behav.* 2005;29(5):443-5.
12. Lin E, Goering PN, Lesage UN, Streiner DL. La valoración de epidemiólogos se necesita en el cuidado de salud mental. *Psiquiatr Soc Epidemiol Psiquiatr.* 2009;32:355-62.
13. Silva Darcourt HE, Laborde Daisson D. *Tabaquismo. alternativas terapéuticas aplicadas a un grupo de adolescentes.* PsicoHabana 2014. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.
14. Junta de Andalucía. *Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía 2005-2010.* Andalucía: Consejería de Salud. Sistema Sanitario Público de Andalucía; 2005.
15. *III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles.* Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2014.
16. Carlos Sierra J, Jiménez-Navarro C, Martín-Ortiz JD. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental.* 2002;25(6).



17. Santos-Silva R, Bittencourt LR, Pires ML, *et al.* Increasing trends of sleep complaints in the city of Sao Paulo, Brazil. *Sleep Med.* 2010;11:520-4.
18. Rosales E, Egoanil M, *et al.* Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *An. Fac. Médica.* 2007;68(2).
19. Fernández ME, López SM, Cazaux A, Cambursano VH, Cortes JR. Insomnio: prevalencia en un hospital de la ciudad de Córdoba. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.* 2012;69(4):191-6.
20. Salazar Diez M. Eficacia de la auriculoterapia y de la acupuntura corporal en el insomnio primario. *Archivo Médico de Camagüey.* 2005;9(5).
21. Watanabe N, Furukawa TA, Shimodera S, Morokuma I, Katsuki F, Fujita H, *et al.* Terapia conductual breve reduce insomnio en pacientes deprimidos *Journal of Clinical Psychiatry.* 2011 [acceso: 25/02/2017];(8). Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2011/04/25>
22. Cintra Rodríguez JA, Rodríguez Morgado A, Reyes Quincose L, Cintra Rodríguez KA. Tratamiento tradicional del síndrome de abstinencia en pacientes que acudieron a la consulta de desadicción tabáquica. *MEDICIEGO.* 2012;18(1).



Anexo – Cuestionario

1- Datos generales

- 1.1 Edad en años cumplidos: ()
- 1.2 Sexo: masculino () 1 femenino () 2
- 1.3 Estado civil: soltero () 1 casado o acompañado () 2 divorciado () 3 viudo () 4.
- 1.4 Ocupación: ama s de casa () 1 desocupado () 2 estudiante () 3 empleado () 4
- 1.5 Escolaridad: primaria () 1
secundaria () 2
preuniversitario () 3
universitario () 4
primario no concluido () 5

2- Con relación a tratamientos previos

- 2.1 ¿Ha tenido algún tratamiento con medicamentos para dormir? Sí () 1 No () 2.
- 2.2 Si ha tomado medicamentos mencione cuál(es): _____
- 2.3 ¿Ha recibido tratamiento no medicamentoso para su problema del dormir? Sí () 1 No () 2.
2. 4 Si es así marque cuál de los siguientes:
- Auriculoterapia () 1
Hipnosis () 2
Acupuntura () 3
Infusiones caseras () 4
Terapia floral () 5
Otro () 6

3- Con relación al consumo de café

- 3.1 ¿Consume café? Sí () 1 No () 2
- 3.2 Si consume diga: ¿Cuántas tazas al día? _____

Conflicto de intereses

La autora declara que no tiene conflicto de intereses.

